

Качественные результаты по обеим программам предполагают, что участники обращаются за помощью раньше и поддерживают других в решении обратиться за помощью. Существуют версии TWM и R2MR для рядовых сотрудников и руководителей. Версия для руководителей включает в себя дополнительный модуль решения вопросов, касающихся обязанностей работодателя (например, условия рабочих мест), развития и поддержания психического здоровья на рабочем месте.

Основываясь на успехе этих программ, разрабатываются и оцениваются другие варианты. Например, «Проницательный Ум» (The Inquiring Mind) – это адаптация для учащихся высшей школы, и сейчас проводится ее оценка. В настоящее время изучаются мотивационные интернет-сессии в качестве средства содействия постоянному использованию знаний и навыков программы. Семейный пакет (family package) был создан для оказания помощи членам семьи сотрудников аварийных служб, которые участвовали в программе R2MR, чтобы обеспечить понимание результатов данной программы. В настоящее время мы имеем как продолжающееся рандомизированное исследование TWM, так и предполагаемую рентабельность от инвестиционного исследования программы R2MR.

Несмотря на проделанную на сегодняшний день работу, остается еще многое узнать об этих видах программ и их последствиях. Заинтересованные читатели могут узнать больше, обратившись в Комиссию по психическому здоровью Канады по адресу: mpietrus@mentalhealthcommission.ca

**Keith S. Dobson<sup>1</sup>, Andrew Szeto<sup>1</sup>, Stephanie Knaak<sup>1,2</sup>, Terry Krupa<sup>3</sup>, Bonnie Kirsh<sup>4</sup>, Dorothy Luong<sup>5</sup>, Robyn McLean<sup>6</sup>, Micheal Pietrus<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>University of Calgary, Calgary, AB, Canada; <sup>2</sup>Mental Health Commission of Canada, Ottawa, ON, Canada; <sup>3</sup>Queen's University, Kingston, ON, Canada; <sup>4</sup>University of Toronto, Toronto, ON, Canada; <sup>5</sup>Toronto Rehabilitation Research Institute, Toronto, ON, Canada; <sup>6</sup>Tapestry Evaluation, Canada

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)  
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)  
(World Psychiatry 2018;17(3):370-371)

#### Библиография

1. McDaid D, King D, Parsonage M. In: Knapp M, McDaid D, Parsonage M (eds). Mental health promotion and prevention: the economic case. London: Department of Health, 2011:20-1.
2. Thorpe K, Chénier L. Building mentally healthy workplaces: perspectives of Canadian workers and front-line managers. Ottawa: Conference Board of Canada, 2011.
3. Szeto ACH, Dobson KS. Appl Preventive Psychol 2010;14:41-56.
4. Hanisch S, Twomey C, Szeto ACH et al. BMC Psychiatry 2016;16:1.
5. Krupa T, Kirsh B, Cockburn L et al. Work 2009;33:413-25.
6. Leppin AL, Bora PR, Tilburt JC et al. PLoS One 2014;9:e111420.
7. Kirsh B, Krupa T, Luong D. Work (in press).

DOI:10.1002/wps.20574

## Личностные черты и риск смертности от суицида: результаты мультикогортного исследования общей популяции

Суицид является глобальной проблемой общественного здравоохранения. Хотя считается, что намного больше смертей в год наступает от хронических заболеваний, чем в результате самоубийств (800 тыс.), оценки предполагают, что на каждый завершённый суицид приходится дополнительные 30–40 суицидальных попыток. Это составляет более 20 млн суицидальных попыток во всем мире каждый год<sup>1</sup>.

В то время как нарушения психического здоровья<sup>2</sup>, низкие когнитивные способности<sup>3</sup>, социальная изоляция<sup>4</sup> и социально-экономическое неблагополучие<sup>5</sup> связаны с риском самоубийства, прогностическая роль других психологических характеристик, таких как тип личности, является неопределенной. Существуют косвенные доказательства того, что определенные типы личности предрасполагают к возникновению самоубийств. Обсервационные исследования, например, свидетельствуют о том, что низкая экстраверсия, высокий нейротизм и низкая сознательность связаны с увеличением распространенности депрессивных симптомов<sup>6</sup>, которые являются определяющими факторами в развитии суицида<sup>2</sup>. Более низкая осознанность также связана с повышенным риском злоупотребления алкоголем<sup>7</sup>, что является еще одним фактором риска суицида<sup>8</sup>.

Мы впервые одновременно сопоставили пять основных компонентов личности: экстраверсия (extraversion), нейротизм (neuroticism), доброжелательность (agreeableness), сознательность (conscientiousness) и открытость опыту (openness to experience) – со смертностью в результате самоубийств путем сопоставления данных из семи крупных когортных исследований.

Мы объединили индивидуальные необработанные («сырые») данные участников, включающие информацию о личности, основных показателях и смертности от самоубийств, полученные в пяти когортных исследованиях: Опрос по здоровью и образу жизни в Великобритании (the UK Health and Lifestyle Survey – HALS), опрос по оригинальной Национальной программе проверки здоровья и питания в США (US National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES 1), Американское исследование здравоохранения применительно к пенсионерам (the US Health and Retirement Study – HRS), Висконсинское продольное исследование выпускников (the Wisconsin Longitudinal Study Graduate Sample – WLSGS) и Висконсинское продольное исследование братьев и сестер (сиблингов) (Wisconsin Longitudinal Study Sibling Sample – WLSSS). Мы также включили результаты из удаленных, проведенных на заказ анализов двух дальнейших исследований: Британского Биобанка (the UK Biobank – UKBB) и когортного исследования Мияги (the Miyagi Cohort Study – MCS). Резюме исследований доступны по запросу.

Личность оценивалась с помощью ряда опросников. В HALS (экстраверсия, нейротизм), NHANES 1 (экстраверсия, нейротизм, открытость), UKBB (нейротизм) и MCS (экстраверсия, нейротизм) были исследованы определенные личностные характеристики, в то время как в HRS, WLSG и WLSSS были оценены все черты «большой пятёрки» (экстраверсия, нейротизм, доброжелательность, сознательность и открытость опыту).

Показатели образования (начальное, среднее, высшее), курения (курящий, бросивший / не куривший), употребле-

ния алкоголя (легкое, тяжелое) и семейного положения (замужем / в гражданском браке, другое) были предоставлены участниками на основании стандартных анкет.

Во всех исследованиях смерть была установлена на основании записей о смертности; самоубийство выявлялось любым упоминанием о следующих событиях: суицид и умышленное самоотравление твердыми или жидкими веществами (E950–E959) и самоповреждение, когда было неизвестно, случайный или преднамеренный характер оно имело (E980–E989) согласно МКБ-9; и терроризм (U03.1 и U03.9), преднамеренное самоповреждение (X60–X84), событие неопределенного намерения (Y10–Y34), последствия преднамеренного самоповреждения, умышленного нанесения телесных повреждений и событий неопределенного намерения (Y87) и последствия не уточненных внешних причин (Y89.9) в соответствии с МКБ-10.

В результате средней продолжительности наблюдения за смертностью в течение 8,1 года в общей сложности 464 251 участника (3 782 553 человеко-лет) было выявлено 270 смертей от самоубийства. В пяти исследованиях, индивидуальные данные участников которых у нас были, каждый из наших показателей был связан с завершённым суицидом в ожидаемом направлении, хотя статистическая значимость на общепринятых уровнях не всегда была очевидной: возраст (увеличение за десятилетие: отношение рисков, ОР=1,51; 95% ДИ 1,19–1,92), пол (женский против мужского: ОР=0,37; 95% ДИ 0,21–0,66), образование (начальное против среднего/высшего: ОР=2,40; 95% ДИ 1,26–4,54), курение (курящие против бросивших/не куривших: ОР=1,89; 95% ДИ 0,97–3,67), употребление алкоголя (тяжелое против легкого: ОР=1,64; 95% ДИ 0,36–7,44) и семейное положение (в браке / гражданском браке против отсутствия семьи: ОР=0,59; 95% ДИ 0,32–1,06).

В основных анализах, в которых предметом интереса были пять типов личности, корректировка по этим показателям дала результаты, аналогичные полученным после контроля только по возрасту и полу; поэтому мы представляем только скорректированные ОР. Каждое увеличение баллов нейротизма на одно стандартное отклонение (СО) было связано с 1,3-кратным увеличением риска суицида (ОР=1,33; 95% ДИ 1,18–1,50), в то время как увеличение баллов доброжелательности на одно СО было ассоциировано с его снижением (ОР=0,71; 95% ДИ 0,53–0,97). После удаления данных УКВВ (129 самоубийств), чтобы проверить, не были ли искажены результаты крупнейшим исследованием, мы обнаружили, что риск, связанный с более высоким нейротизмом, существенно не изменился (ОР=1,31; 95% ДИ 1,11–1,55). Мы не нашли никаких доказательств того, что экстраверсия (ОР=0,99; 95% ДИ 0,84–1,17), сознательность (ОР=0,98; 95% ДИ 0,69–1,39) или открытость опыту (ОР=0,94; 95% ДИ 0,69–1,29) были связаны с уровнем самоубийств в любом из наших анализов.

Каждый тип личности был только слабо связан с социально-экономическим статусом и поведением в отношении здоровья и, как следствие, учет этих факторов не оказал существенного влияния на отношение личность–самоубийство. Этот факт подразумевает другие объяснения связи между нейротизмом и доброжелательностью, с одной стороны, и смертностью от самоубийств – с другой.

Представляется вероятным, что люди, склонные к согласию и меньшему нейротизму, имеют более расширенную или более эффективную социальную сеть в сравнении с людьми с менее благоприятными баллами по этим признакам. Социальная поддержка, наиболее часто оцениваемая по семейному положению, связана с более низким риском

суицида<sup>9</sup>. Хотя связь между доброжелательностью и нейротизмом с суицидом оставалась надежной при корректировке на семейное положение, мы не измеряли другие потенциально важные характеристики социальной интеграции – размер социальной сети, посещение религиозных служб, – которые, как известно, также участвуют в предсказании вероятности суицида<sup>9</sup>.

В заключение, характеристики эмпатии и сотрудничества, которые являются синонимами доброжелательности, как представляется, связаны с более низкими уровнями самоубийств, в то время как люди с тенденцией к импульсивности и враждебности, характерными для личности с невротическими чертами, имеют более высокий риск. Наше наблюдение, что стандартные демографические факторы риска (пол, образование, семейное положение) были связаны с риском самоубийства в ожидаемом направлении, дает нам определенную степень уверенности в этих новых результатах относительно личности. Наши результаты показывают, что при профилактике самоубийств следует обращать внимание на некоторые особенности личности.

**G. David Batty<sup>1</sup>, Catharine R. Gale<sup>2</sup>, Fumiya Tanji<sup>3</sup>, David Gunnell<sup>4</sup>, Mika Kivimäki<sup>1</sup>, Ichiro Tsuji<sup>3</sup>, Markus Jokela<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Department of Epidemiology and Public Health, University College, London, UK;

<sup>2</sup>MRC Lifecourse Epidemiology Unit, University of Southampton, Southampton, UK;

<sup>3</sup>Division of Epidemiology, Tohoku University School of Public Health, Sendai, Japan;

<sup>4</sup>School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, UK;

<sup>5</sup>Department of Psychology and Logopedics, University of Helsinki, Helsinki, Finland

G.D. Batty частично поддерживается Британским Советом медицинских исследований [UK Medical Research Council (MR/P023444/1)] и Национальным институтом США по проблемам старения [US National Institute on Aging (1R56AG052519-01; 1R01 AG052519-01A1)], M. Kivimäki – Советом медицинских исследований Великобритании (UK Medical Research Council), NordForsk (программа исследований Северных стран по вопросам здравоохранения и социального обеспечения – the Nordic Research Programme on Health and Welfare) и Академией Финляндии [Academy of Finland (311472)]; а F. Tanji и I. Tsuji – Министерством здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии [Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (H29-Junkankitou-Ippan-003)]. Часть этого исследования была проведена с использованием Ресурса Биобанка Великобритании [UK Biobank Resource (application no. 10279)].

Перевод: Шуенков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(3):371-372)

#### Библиография

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Bell S, Russ TC, Kivimäki M et al. JAMA Psychiatry 2015;72:1254-6.
3. Batty GD, Whitley E, Deary IJ et al. BMJ 2010;340:c2506.
4. Tsai AC, Lucas M, Kawachi I. JAMA Psychiatry 2015;72:987-93.
5. Li Z, Page A, Martin G et al. Soc Sci Med 2011;72:608-16.
6. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Raback L et al. Depress Anxiety 2015;32:461-70.
7. Hakulinen C, Elovainio M, Batty GD et al. Drug Alcohol Depend 2015;151:110-4.
8. Jee SH, Kivimäki M, Kang HC et al. Eur Heart J 2011;32:2773-80.
9. Batty GD, Kivimäki M, Bell S et al. Transl Psychiatry 2018;8:22.

DOI:10.1002/wps.20575